

платно выдавались протезы и ортопедические средства. Вместе с тем оставались нерешенными такие проблемы, как организационные, отсутствие подготовленных кадров в социальной сфере и др.

Библиографический список

1. Ленинские декреты о социальном обеспечении. М., 1972.
2. О социальном обеспечении инвалидов: Декрет Совета Народных Комиссаров от 8 декабря 1921 г. // Собр. Указаний. 1921. № 76. Ст. 672.
3. Об улучшении постановки дела социального обеспечения рабочих, крестьян и семейств красноармейцев // В сб.: Ленинские декреты о социальном обеспечении...
4. Об установлении единообразных норм социального обеспечения инвалидов труда и войны: Декрет Совета Народных Комиссаров от 27 октября 1919 г. // Там же.
5. Отчет Тамбовского губернского исполнительного комитета. Октябрь 1923 – октябрь 1924 гг. Тамбов, 1924.
6. Положение о социальном обеспечении инвалидов-красноармейцев и их семейств: Декрет Совета народных комиссаров от 28 апреля 1919 г. // Собрание Указаний. 1919. № 19. Ст. 220.
7. Положение о социальном обеспечении трудящихся: Декрет Совета Народных Комиссаров от 31 октября 1918 г. // В сб.: Ленинские декреты о социальном обеспечении...
8. Протокол 4-го съезда Советов Тамбовской губернии. 26 февраля – 1 марта 1919 г. Тамбов, 1919.
9. Циркуляр НКСО от 16 января и 8 февраля 1922 г. // Изв. НКСО. 1922. №№ 3-4.

Л.А. Довженко (Екатеринбург)

Психолого-педагогические программы личностного развития женщин как путь социальной реабилитации семей участников вооруженных конфликтов

В современном обществе существует потребность в социальной реабилитации семей, в составе которых есть участники вооруженных конфликтов. Предлагаемые программы достаточно часто, на наш взгляд, оказываются мало эффективными, так как ветераны не обращаются за помощью, либо предложенный им курс реабилитации до конца не проходят. В связи с этим страдающие испытывают все члены семьи – и дети, которым необходимы любовь, поддержка, забота, и жены, и престарелые родственники. Это самые простые очевидные трудности, лежащие на поверхности, с которыми сталкиваются семьи. При этом они, как правило, не готовы к раскрытию и принятию помощи извне. Негативное влияние оказывают мифы: «не выносить сор из избы», «спасение утопающего в руках самого утопающего», «как-нибудь само рассосется» и пр.

Реабилитационную работу с участниками вооруженных конфликтов выстраивают разными путями: клиентом может выступать вся семья, собственно участник вооруженных конфликтов, отдельно взятый член семьи – обычно это женщина (мать или жена). Взаимодействие со всей семьей имеет более полную динамику, а соответственно и глубокие, качественные изменения, но су-

существуют объективные причины, по которым на практике очень сложно организовать этот процесс. Одна из них – организация временного пространства удобного для семьи и профессионалов, помогающих ей, поэтому мы считаем работу с женами и матерями наиболее эффективной

Не секрет, что именно женщины хотят сохранить семью, быть ее полноправным членом, иметь гармоничные отношения. По своей природе женщины легче адаптируются к условиям групповой работы, быстро вовлекаются в игру, с удовольствием выполняют несложные творческие задания, положительно, в большинстве случаев, реагируют на предлагаемые методики, без колебаний входят в контакт друг с другом и специалистом. Эти поведенческие особенности помогают им в самораскрытии; раскрываясь, они проговаривают свои страхи, сомнения, переживания, многие из которых, с одной стороны, оказываются преувеличенными, а, с другой стороны, обнажают их реальные проблемы. Сближение всех членов группы, свободное общение друг с другом, осмысление своих поступков и действий помогают решать существующие в семье проблемы.

Все вышеизложенное привело нас к идее создания психолого-педагогической программы для женщин, в семьях которых есть участники боевых действий. Цель данной программы: активизация внутренних реабилитационных ресурсов семьи через личностное развитие женщины и превращение ее в агента перемен. Задачи:

1. Самопознание и принятие своей неповторимой индивидуальности с характерными физическими и психологическими особенностями.
2. Освоение методик психофизиологической саморегуляции (дыхательные методики, телесноориентированные практики, НЛП и др.).
3. Воспитание в себе критического восприятия информации, формирование потребности в регулярной самостоятельной работе над собой.
4. Развитие осознанной, активной жизненной позиции женщины для оказания помощи себе и членам своей семьи.
5. Формирование умений и навыков поддержания и развития детско-родительских и супружеских отношений.

Эта программа основана на принципах, присущих клубной работе: добровольность, самовыражение, самореализация, самоутверждение, соединение индивидуальной и коллективной деятельности. Данная программа апробирована на базе культурно-досугового центра 32-го военного городка (г.Екатеринбург) в женском клубе «Суаре». В течение 2003 г. в программе приняло участие 48 женщин. Начальная диагностика участниц в 35% случаев выявила состояние близкое к депрессивному (неадекватная оценка себя и состояния семейных отношений), для 54 была характерна пассивная жизненная позиция, 91 – неспособность брать на себя лидерские позиции, 16% – демонстрация агрессивной защитной реакции. Женщины заиклись на боли и страданиях, забыли о себе, заняли иждивенческую позицию, даже незначительные проблемы казались им неразрешимыми.

После проделанной работы у всех женщин повысилась самооценка, изменилась оценка качества (68%) семейных отношений, они приобрели опыт по разрешению конфликтов и выстраиванию конструктивных межличностных отношений, увидели новые жизненные перспективы (86%), ощутили желание занимать лидерские позиции. Особенно хочется отметить, что участницы стремились обучать (92%) членов своей семьи, используя предложенные методики.

Таким образом, проведенный нами анализ теоретических исследований и собственный профессиональный опыт позволил сделать следующий вывод: психолого-педагогические программы личностного развития женщин из числа семей участников вооруженных конфликтов являются одним из эффективных путей социальной реабилитации данной категории семей, так как объективно снижают внутрисемейное напряжение, расширяют границы коммуникаций, способствуют раскрытию личностного потенциала членов семьи, оздоровлению семейной системы, открывают перспективы для развития супружеских и детско-родительских отношений.

Т.Ю. Дьячкова, Е.А. Левыкина, Е.И. Непомнящая, Е.В. Фролова (Новосибирск)

Проблема ведения и терапии больных хронической посттравматической головной болью

В структуре травм наиболее драматичной является черепно-мозговая травма. Пострадавшие в ЧМТ составляют 40% от всех случаев. Вместе с тем, большое значение имеют связанные с черепно-мозговой травмой посттравматические расстройства. Среди последствий ЧМТ головная боль занимает приоритетное положение. Характер черепно-мозговой травмы, полученных во время боевых действий, а также их последствия, значительно отличаются от травм, получаемых в мирное время. Наиболее частым поражающим фактором при ЧМТ в военное время является воздушная взрывная волна, приводящая к контузии. При оценке влияния взрывной волны на организм следует учитывать: первичное воздействие ее – непосредственное ударное действие, резкое мгновенное повышение, а затем понижение давления (баротравма), действие звуковой волны, вторичное отбрасывание пострадавшего волной и ушиб о твердые предметы, почву. Одним из основных патогенетических факторов, в данных случаях, является механизм «ускорение – замедление», последствиями которого является диффузное аксональное повреждение, характеризующееся разобщением коры от подкорковых структур и ствола мозга.

Согласно Международной классификации головной боли, хронические посттравматические головные боли (ПТГБ) возникают в первые 14 дней и их продолжительность более 8 недель. Хронические ПТГБ могут сохраняться месяцы и годы после травм и даже имеют прогрессирующее течение в отдаленном периоде. Хронические ПТГБ – следствие сложного взаимодействия органических и психологических факторов. Среди органических причин определенное значение имеют следующие: нарушение сосудистых структур (интра- и экстракраниальные) и нарушение несосудистых структур (рубец твердой мозговой оболочки, повреждение чувствительных нервных окончаний, локальное повреждение мягких тканей черепа и шеи, повреждение ноцицептивной системы тройничного нерва, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава и шейных межпозвоночных суставов, лабильность сосудов (нарушение церебральной ауторегуляции), ликвородинамические нарушения).

Хронизации процесса способствуют преморбидные особенности личности, ипохондрическая настроенность, частые стрессы, социальная неустойчивость, а так же реентные установки. Соотношение роли органических и психогенных факторов в патогенезе ПТГБ с течением времени меняется: чем больше времени прошло с момента травмы, тем большую роль играют психологические, социальные, ятрогенные факторы.